Rok LII. Kraków, dnia 27. września 1913. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewn. szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Odma piersiowa, powikłana odmą podskórną, jako następstwo urazu wewnętrznego.

Opisali

Prof. Dr L. Korczyński i **Dr J. Stupnicki,** sekund. szpit.

Urazowe przypadki odmy piersiowej, o ile powstają jako następstwo urazów zewnętrznych, należą bezsprzecznie do zakresu chirurgii. Objaśnienie ich nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności. Mechanizm jest tu prawie zawsze prosty i jasny. Nieco trudniej przychodzi pojąć należycie te spostrzeżenia, w których uraz nie uszkodził zupełnie ścian klatki piersiowej, a gdzie mimo to powstało pęknięcie płuca i jego opłucnej, a w dalszem naturalnem następstwie odma piersiowa.

Przypadki takie są wogóle nieliczne. W roku zeszłym ogłosiła panna E. Fischerówna obszerniejszą pracę z kliniki Sauerbrucha w Zurychu, jako rozprawę doktorską pod tytułem »Pęknięcie płuca bez naruszenia klatki piersiowej«, w której znajdujemy wzmianki zaledwo o 70 przypadkach tego rodzaju odmy, zebranych skrzętnie z piśmiennictwa lekarskiego, począwszy od przypadku, opisanego przez Morganiego 1761. Zastęp zaiste nie wielki.

W piśmiennictwie polskiem znajdujemy bardzo niewiele tylko opisów spostrzeżeń, w których uraz działający na klatkę piersiową wywołał pęknięcie płuca bez równoczesnego uszkodzenia ścian samej klatki. Należą do nich między innemi spostrzeżenia Chełmońskiego i Sokołowskiego.

Dla samej patogenezy odmy w tego rodzaju spostrzeżeniach jest rzeczą bardzo ważną stan samego płuca, względnie opłucnej, ściśle biorąc oporność i sprężystość tych tkanek. Jeśli po myśli zapatrywań wybitnych pneumologów, wśród nich w pierwszym rzędzie Sokołowskiego, mechanizm powstawania tego rodzaju odmy pojmiemy w ten sposób, że powietrze, nagromadzone w pęcherzykach płucnych, przez zgniecenie klatki piersiowej zagęszcza się i wywiera na ścianę pęcherzyków niezwykle wielkie parcie, pod którego działaniem ściany pęcherzyków pękają, to pojąć nie trudno, że pęknięcie powstanie tem łatwiej, im »caeteris paribus«, mniej sprężysta jest tkanka, tworząca ściany pęcherzyków. Przez pewien czas spierano się nawet o to, czy zdrowe płuco wogóle pęknąć może. Na pozór słusznie wskazywano na to, że powietrze ze zgniecionego obszaru ujść może swobodnie do oskrzeli. Nie liczono się tu jednak z tą okolicznością, że uraz działać musi równocześnie także i na układ nerwowy. Pod wpływem tej podniety podrażnia się cały system wegetatywny, a zwłaszcza, o ile chodzi o unerwienie mięśni gładkich oskrzelków, zwanych mięśniami Reifeisena, układ autonomiczny. Skutkiem takiego podrażnienia powstaje skurcz mięśni, a wraz z tem zamknięta przestrzeń powietrzna. W tych warunkach parcie powietrza może wzróść istotnie tak bardzo, że ścianka przybrzeżnych pęcherzyków płucnych i przyległa opłucna pod naporem pękają. Tego rodzaju mechanizm przyjąć w każdym razie trzeba dla tych przypadków odmy piersiowej, w których stwierdzić się dają wogóle znamiona zwiększonego napięcia autonomicznego układu nerwowego, a już bezwarunkowo tam, gdzie odma powstaje skutkiem urazu biologicznego. Takie przypadki należą niewątpliwie do rzędu bardzo rzadkich. Sądzimy wobec tego, że opis spostrzeżenia, należącego do tego działu, jest zupełnie usprawiedliwiony, a to tem bardziej, skoro w polskiem piśmiennictwie nie spotkaliśmy się nigdzie z podobnym przypadkiem.

Henryk H., lat 22, stolarz, zamieszkały w Sarajewie, przyjęty został na oddział chirurgiczny dnia 17 kwietnia b. r. z objawami, które wzniecać mogły przypuszczenie niedrożności jelit. Przypuszczenie to okazało się niesłusznem, wobec czego przeniesiono chorego na oddział chorób wewnętrznych. Z opowiadania chorego wynika, że bez żadnego widocznego powodu pojawiły się bardzo gwałtowne wymioty, którym towarzyszyły kurcze w okolicy żołądka. W czasie jednego z takich napadów zwymiotował chory kilka dżdżownic. Z tą chwilą zmniejszyło się podrażnienie do wymiotów. Najwidoczniej wędrówka pasorzytów do żołądka była przyczyną podrażnienia tegoż i wznieciła gwałtowne ruchy wymiotne. W chwili, kiedy chorego mieliśmy sposobność badać po raz pierwszy, stały objawy ze strony narządu pokarmowego już raczej na drugim planie. Na plan pierwszy wysuwały się zgoła inne objawy. Badanie wykazywało: Mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiony. Twarz nieco obrzękła, skóra twarzy, szyi i górnej części klatki piersiowej blada z lekkim sinawym odcieniem. Źrenice szerokie, oddziałują dobrze. Język niejednostajnie obłożony, drży: Błona śluzowa gardła miernie zaczerwieniona, cały

łuk podniebienny soczystszy. Szyja miernie długa, wygląda jakby rozdęta. Przez obmacywanie wykazać można bardzo wyraźne trzeszczenie w tkance podskórnej. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, zupełnie umiarowa, zwraca już na pierwszy rzut oka uwagę przez to, że wszystkie fizyologiczne zagłębienia są nietylko zupełnie wygładzone, ale nawet jakby poduszkowato wysklepione. Obmacując górną część klatki piersiowej, stwierdziliśmy takie same trzeszczenia jak na szyi. Wykazać je można było jeszcze na wysokości brodawek sutkowych. Ruchomość klatki piersiowej po stronie lewej znacznie mniejsza. Drżenie i przewodnictwo głosu po tejże stronie słabsze. Odgłos opukowy po stronie prawej jawny. Po stronie lewej w górnych częściach aż do czwartego kręgu piersiowego z tyłu, a do trzeciego żebra z przodu odgłos bębenkowy, niezbyt wysoki, dźwięczny, prawie metaliczny; w samym dole na wysokości dziesiątego do jedenastego kręgu pas odgłosu bębenkowo przytłumionego. Szmery oddechowe po stronie prawej nieco ostrzejsze od prawidłowych; po stronie lewej w górze prawie niesłyszalne. Nad pasem przytłumionego odgłosu w dole drobne, trzeszczące rzężenia, o charakterze rzężeń, spotykanych przy nieznacznych wysiękach opłucnej, na które z pośród polskich lekarzy, zwłaszcza Janowski, w jednej ze swoich prac baczniejszą zwracał uwagę, jako na jeden z rozpoznawczych objawów gromadzącego się wysięku opłucnego. Uderzenie serca słabe; jedynie tylko w dołku sercowym widać dość silne wstrząśnienie. Ze stłumienia sercowego wykazać można tylko nieznaczną część, przyczem prawa granica stłumienia sięga poza linię środkową ciała. Tony serca tak słabe, że się ich właściwie nie słyszy; natomiast słyszeć można rytmiczne brzmienie, przypominające brzęczenie pszczoły z oddali. Tętno stosunkowo bardzo dobrze napięte, miarowe, równe, liczba tętna 80. Przez nakłucie klatki piersiowej w dole po stronie lewej wydobyto około jednego cm^3 płynnej krwi, nie zawierającej baniek powietrza.

Badanie narządów jamy brzusznej nie wykzzało niczego nieprawidłowego. To samo odnosi się do badania moczu. Ciopłota ciała prawidłowa.

W dalszym przebiegu, bardzo zresztą korzystnym, zasługuje na uwagę ten szczegół, że powietrze, nagromadzone w lewej jamie opłucnej, zniknęło z niej daleko prędzej, aniżeli powietrze, zebrane w tkance podskórnej szyi i górnej części klatki piersiowej. Już 26. kwietnia nie można było wykazać objawów odmy piersiowej. Odma podskórna zmniejszyła się znacznie, cechujące ją trzeszczenie stwierdzić można było jeszcze tylko na szyi, w obu dołkach nadobojczykowych i podobojczykowych. Przez cały czas wahała się ciepłota w granicach zupełnie prawidłowych. Po ustąpieniu odmy piersiowej nie można było wykazać, mimo bardzo starannego badania, jakichkolwiek fizycznych zmian w płucach. Stan podmiotowy chorego był tak dobry, że już po kilku dniach pobytu w szpitalu prosił chory o wypuszczenie.

Rozważając krytycznie cały ten przypadek przyjąć trzeba. że przyczyna zasadnicza tak piersiowej, jak i podskórnej odmy była jedna i ta sama. Upatrywać ją trzeba w bardzo gwałtownych wymiotach, powtarzających się przez dłuższy przeciąg czasu. Źródłem ich pierwotnem była obecność dżdżownic w żołądku, a w dalszem następstwie i w przełyku i zależne od niej podrażnienie mechaniczne tych narządów. Za czynnik wtórny, niemniej jednak ważny, poczytać trzeba wpływ nerwowy obrzydzenia na widok zwymiotowanych dżdżownic. Naturalnem następstwem było dalsze jeszcze spotęgowanie ruchów wymiotnych, a więc także skurczów przepony i skurczów przełyku. Wśród takich kurczowych ruchów połyku dojść widocznie musiało do powstania w ścianie jego małej szczeliny, przez którą powietrze dostało się w tkankę okołoprzełykową, a następnie także pod skórę szyi i górnej części klatki piersiowej.

Ta sama zasadnicza przyczyna stała się powodem wzrostu parcia powietrza w płucu i to tak znacznego, że na ograniczonej przestrzeni pękła także ścianka płuca lewego. Nastąpił wtedy mały wylew krwi do jamy opłucnej, a równocześnie powstała odma piersiowa.

Takie pojęcie mechanizmu obydwu spraw, t. j. odmy podskórnej i odmy piersiowej, zdaje nam się być najprostszem. Przemawia za niem nietylko sam rodzaj urazu, który działał zarówno na ścianę przełyku, jak i na ścianę płuca, ale w niemałym stopniu i ten szczegół, że odma piersiowa ustąpiła o wiele prędzej, aniżeli odma podskórna. Nie mamy zaś żadnych podstaw, aby przypuszczać, że zdolność wchłaniania powietrza przez opłucną jest większa, aniżeli przez tkankę podskórną. Raczej więc wypadało przyjąć, że powietrze dostało się inną drogą w tkankę podskórną, a inną do jamy opłucnej. Gdybyśmy zresztą przyjąć chcieli wspólne pochodzenie odmy piersiowej i odmy podskórnej, musielibyśmy mieć jakieś dane, świadczące o tem, że opłucna połączona była nieprawidłową tkanką z przełykiem. Taką tkankę przedstawiaćby mogły zrosty w śródpiersiu, zwyrodniałe gruczoły chłonne, w końcu także nowotwory śródpiersia, wrastające z jednej strony w przełyk, z drugiej w opłucną. Nietylko dla rozpoznawania tego rodzaju spraw, ale nawet dla przypuszczania ich nie było żadnych podstaw ani w wywiadach, ani w wyniku kilkakrotnego bardzo dokładnego badania.

Oświadczając się za pęknięciem szczelinowatem przełyku, podnieść musimy ten szczegół, że powietrze, które się dostało w tkankę okołoprzełykową i tkankę podskórną nie wywołało żadnego odczynu. Najwidoczniej było zupełnie jałowe. Wraz z powietrzem nie przedostały się przez ścianę połyku ani stałe ani płynne części pokarmów. Żołądek nie zawierał w tym czasie, kiedy doszło do wytworzenia się szczeliny, żadnych resztek pokarmowych. Treść żołądkową stanowiła wtedy mieszanina rozcieńczonej żółci i wydzieliny błony śluzowej żołądka, a więc płynów zasadniczo jałowych.

Uwagami temi, o ile się odnoszą do powstania odmy podskórnej, nie wyczerpaliśmy jeszcze całej sprawy mechanizmu szczeliny połykowej. Jak wiadomo mięśnie gładkie przełyku posiadają stale, tak samo zresztą, jak i mięśnie całego ciała, pewne napięcie. Wobec tego przypuścićby należało, że skutkiem napięcia powinno było nastąpić zamknięcie się szczeliny, a przynajmniej takie jej zwężenie zaraz po powstaniu, że powietrze nie mogłoby przez nią przenikać w otoczenie przełyku. Bardzo być może, że takby się było stało, gdyby chory nie był dalej wymiotował. Te ruchy wymiotne, skurcze okrężnych i podłużnych warstw mięśni przełyku działały w ten sposób, że szczelina nie mogła się odrazu na stałe zamknąć. Brzegi jej skleiły się dopiero wtedy, gdy wymioty ustały zupełnie.

Korzystniej składały się stosunki dla zamknięcia szczeliny w ścianie płuca. Tutaj zapewne już bardzo rychło po pęknięciu nastąpiło zapadnięcie się częściowe płuca, a nadto i zaklejenie szczeliny przez wynaczynioną i skrzepłą krew. Dlatego to odma piersiowa ustąpiła o wiele prędzej, aniżeli odma podskórna.

Połączenie dwóch tych spraw, już samo przez się zaj-

mujące, posiada także ogólniejsze znaczenie. Licząc się z niem, oświadczyć się możemy bardzo stanowczo za możliwością pęknięcia zdrowego płuca skutkiem urazu. Jeśli gwałtowne napięcie o wiele silniejszej ściany, jaką niewątpliwie jest ściana przełyku, sprowadza rozdarcie, to tem bardziej pęknąć może wątlejsza tkanka, z której zbudowana jest ściana płuca.

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,
kierownik ambulatoryum.

(Ciąg dalszy).

Leczenie ostrego i przewlekłego mieszkowego zapalenia migdałków podniebiennych (Angina lacunaris s. follicularis).

Ostre zapalenie mieszkowe migdałków cechuje się silnem obrzmieniem i zaczerwienieniem migdałka z biało-żółtawymi większymi lub mniejszymi punktami lub plamkami, ściśle ograniczonemi, w miejscach odpowiadających ujściom krypt migdałkowych. Czasem punkty te zlewają się ze sobą, dając obraz większych nalotów. Po największej części oba migdałki podniebienne równocześnie w stopniu nierównym są zajęte. Gruczoły szyjne bywają powiększone i bolesne. Naloty dają się zwykle łatwo zetrzeć pozostawiając tkankę nieuszkodzoną. Sprawie tej zwykle towarzyszą silne objawy ogólne, jak osłabienie, łamanie w członkach, wysoka gorączka i podmiotowe, jak silne bóle gardła, utrudniona mowa, połykanie nadzwyczaj bolesne.

Choroba trwa zwykle krótki czas i przebiega pomyślnie. Po kilku dniach objawy zapalne cofają się, obrzmienie znika, czopy ropne wyłuszczają się, dolegliwości podmiotowe ustępują. Często pozostają w miejscu ognisk ropnych blizny, a i po często powtarzającem się zapaleniu migdałki miewają powierzchnię bardzo nierówną, co ułatwia powtórne osadzanie się bakteryi.

Leczenie tej choroby polega zwykle na płukaniach, wstrzykiwaniach i pędzlowaniach różnymi środkami. Hahn poleca wystrzykiwania krypt 3% rozczynem kwasu borowego i 20% wodą utlenioną. Do pędzlowania używa się płynu Lugola, pyocyonazy, 5% rozczynu kollargolu, soku cytrynowego, do płukania rozczynów pergenolu, hyperolu i t. p., Hasslauer poleca zwilżanie migdałków 1‰ rozczynem sublimatu lub nalewką jodu. Polecają dalej trzymanie w ustach tabelek formamintowych lub kołaczyków Bengué jako środków przeciwgnilnych i kojących bóle. Wewnętrznie podają przetwory salicylowe, jak aspiryna i t. p.

Wszystkie te środki działają prawie jednakowo, nie skracają wybitnie choroby i nie wywołują szczególnej ulgi. W ostatnich czasach używam w tych przypadkach aspiracyi za pomocą osobnego przyrządu ssącego Sondermanna. Zapomocą tego sposobu można doprowadzić do opróżnienia znacznej części krypt z treści. Samo założenie przyrządu jest wprawdzie bolesne, ale skutek bywa doraźny. Chory w krótki czas po zdjęciu przyrządu czuje poprawę i doznaje znacznej ulgi. Połykanie jest zaraz mniej bolesne, przebieg choroby znacznie się skraca. Już po jednorazowem założeniu ssawki widać na drugi dzień znacznie większą różnicę w objawach przedmiotowych i podmiotowych, niż to bywa przy innych sposobach leczenia. Działanie tego sposobu polega nie tylko na szybszem usunięciu czopów, zatykających mieszki migdałkowe, lecz także na wywołaniu silnego przekrwienia miejscowego, co nam tłumaczy korzystny jego wpływ na sprawę zapalną.

Przewlekłe mieszkowe zapalenie migdałów może wystąpić w różnej postaci. Migdałki przedstawiają się albo powiększone, przerosłe, albo są zwykłej wielkości lub nawet zmniejszone, okryte prawidłową błoną śluzową. Często przy oglądaniu widać otwory torebek i tkwiące w nich białe czopki, które nieraz dają się łatwo wydobyć przez ucisk łyżeczką na przedni łuk podniebienny lub zgłębnikiem wprowadzonym do otworów. Czasem widać tylko małe niewyraźne, przeźroczyste plamki szarawe na migdałkach, przez które można zgłębnik wsunąć w głąb i wydostać serowate białe czopki w znacznej ilości. Innym znów razem przy powierzchownem badaniu nie widać żadnych zmian na migdałkach, a dopiero spowodowane przez skargi chorego dokładniejsze badanie może doprowadzić na trop choroby.

Przewlekłe zapalenie migdałków może wywołać cały szereg objawów podmiotowych, miejscowych, nerwowych i ogólnych. Zwykle chory taki skarży się, że od czasu do czasu wyrzuca białe grudki z ust, że często ma cuchnienie z ust, albo narzeka na uczucie palenia, suchości w gardle na trudność lub zawadę przy połykaniu, na uporczywy suchy kaszel lub na wrażenie obcego ciała w gardle.

Rozpoznanie może sprawiać niekiedy znaczne trudności. Nieraz chory narzeka na bardzo dokuczliwe dolegliwości w gardle, a przy badaniu znajdujemy migdałki małe, pozornie nie zmienione i jesteśmy skłonni skargi chorego kłaść na karb nerwowości. W tedy powinniśmy w celu dokładniejszego zbadania starać się migdałek lepiej odsłonić, przedni łuk odsunąć haczykiem lub zgłębnikiem, przez ucisk sondą na różne miejsca migdałka odszukać miejsca zaczopowane krypt. W ten sposób można się nieraz przekonać, że pozornie zupełnie zdrowy migdałek zawiera wiele nadzwyczaj rozszerzonych torebek, z których czasem można wydostać zadziwiająco znaczną ilość serowatej treści. Całkiem niewinnie wyglądające czopy migdałkowe zawierają nieraz paciorkowce, gronkowce i inne chorobotwórcze drobnoustroje, których dostanie się w głąb ustroju może być przyczyną poważnych powikłań.

Przebieg tej choroby jest długi i uporczywy. Po usunięciu czopów za pomocą szczypczyków, zgłębników lub łyżeczek można już często na drugi dzień znaleść ten sam stan, migdałek jakby posypany świeżymi czopami. To też leczenie, do ostatnich czasów wyłącznie zachowawcze, okazało się niewystarczającem. Ten niedostatek zaczął tem więcej wchodzić w rachubę w ostatnich kilkunastu latach, gdy choroba ta nabrała większego znaczenia, gdy miano-

wicie przekonano się, że takie zmiany chorobowe migdałka są często punktem wyjścia wielu innych chorób miejscowych i ogólnych.

Już dawno spostrzegano, że przewlekłe zapalenie migdałków daje powód do często powracających ropni okołomigdałkowych i ostrych zapaleń migdałków. Później stwierdzono, że zwłaszcza choroby gośćcowe mają często swoje źródło w tej chorobie migdałków. Prócz tego także co do wielu innych chorób spostrzeżono, że ich powstanie regularnie poprzedza na krótszy lub dłuższy czas zapalenie migdałków. Wykazano ścisły związek przyczynowy między przewlekłem zapaleniem migdałków a ostremi i przewlekłemi zapaleniami stawów, zapaleniem osierdzia, mięśnia sercowego, pląsawicą, dalej chorobami trąbki usznej i ucha środkowego. Gruźlica gruczołów chłonnych szyi, nieżyt oskrzeli, choroby nerek, wątroby, żołądka i oczu, przewlekłe zakażenie ogólne, rozstrój nerwowy, bóle głowy, okazały się nieraz zależnemi od przewlekłego zapalenia migdałków. W posocznicy o nieznanych wrotach zakażenia (septicaemia cryptogenetica) odkrywano niekiedy przyczynę w tej chorobie. Zdaniem niektórych lekarzy nie istnieje gościec stawowy bez zapalenia migdałków, migdałki stanowią jedyne wrota dla wnikania zarazków gośćcowych do ustroju. Zapalenie wyrostka robaczkowego bardzo często poprzedza również zapalenie migdałków. Związek między temi chorobami tłomaczą w ten sposób, że zarazki zakaźne dostają się z migdałków prądem krwi lub limfy do obfitującego w grudki chłonne i przez to usposobionego do osadzania się drobnoustrojów chorobotwórczych wyrostka robaczkowego.

Te spostrzeżenia i doświadczenia zwróciły uwagę klinicystów na migdałki. Zaczęto badać pilniej i szczegółowiej ich anatomię patologiczną i czynność fizyologiczną. Powstała stąd ogromna literatura, a w rozległych dyskusyach roztrząsano zagadnienie konieczności, względnie zbyteczności i szkodliwości migdałków. Na razie niema zupełnej zgody pod tym względem. Jedni uważają migdałki podniebienne za ważny narząd ochronny, za wał obronny zatrzymujący i zobojętniający chorobotwórcze drobnoustroje, dostające się do ustroju z powietrzem wdychanem i z pokarmami. Inni uważają migdałki za zbyteczne i szkodliwe, za zbiorniki i wrota dla drobnoustrojów, dla których tworzą podatną glebę, a choroby migdałków za zwiastuny chorób gośćcowych, płonicy, odry i wielu innych chorób zakaźnych. Niektórzy upatrują pewną analogię między migdałkami, a wyrostkiem robaczkowym, nazywając go nawet migdałkiem jelitowym. Niema tu miejsca na roztrząsanie tych zagadnień jeszcze spornych, nie rozstrzygniętych. Dlatego zadowalniając się wzmianką o nich, przejdźmy do sprawy leczenia.

Okoliczność, że przewlekłe zapalenie migdałków jest bardzo uporczywe, często powraca, że jest ono przyczyną wielu innych ważnych chorób i że dotychczasowe zachowawcze sposoby leczenia, jak płukania, pędzlowania, częściowe wycięcia migdałków zazwyczaj nie wystarczają do trwałego usunięcia choroby, skłoniła lekarzy angielskich i amerykańskich a później także europejskich do energiczniejszych zabiegów leczniczych. Zdaniem tych lekarzy migdałki podniebienne wykonują czynność ochronną tylko do 6—8 roku życia. Potem powinny się one zmniejszyć. Jeżeli to nie następuje i jeśli w migdałkach rozwijają się zmiany chorobowe, stanowiące ogniska zakażenia dla całego ustroju, wtedy migdałki powinny być doszczętnie usunięte. Od tego czasu powstała znów żywa dyskusya nad pożytecznością lub szkodliwością zupełnego wyłuszczenia migdałków podniebiennych; podano różne sposoby tego zabiegu, wykonywanego mniej lub więcej doszczętnie, przez jednych częściej, przez innych rzadziej, i to w uśpieniu ogólnem lub w znieczuleniu miejscowem i z różnych wskazań.

Nie chcąc tu zapuszczać się w opis różnych metod tej operacyi i ich wskazań, ograniczę się do podania postępowania, którego my w szpitalu się trzymamy. W przypadkach, gdzie migdałki są przerosłe, tak że wywołują utrudnienia w oddychaniu, w połykaniu i w mówieniu, wykonujemy ich wycięcie zwykłym starym sposobem. Tam zaś, gdzie migdałki nie są powiększone i nie sprawiają dolegliwości przyrody mechanicznej, tam ich chirurgiczne usunięcie mogłoby być wskazane tylko wtedy, jeżeli są dotknięte przewlekłem zapaleniem i jeżeli bywają przyczyną częstych ostrych zapaleń, ropni okołomigdałkowych, lub spraw ogólnych, wyżej wspomnianych. To samo się tyczy przypadków, w których po zwykłem prostem wycięciu przerosłych migdałków resztki ich są powodem dalej trwających dolegliwości miejscowych lub ogólnych.

Przyznając, że dotyczasowe zachowawcze leczenie zbyt często nie dopisuje, nie można nie przyznać podstawy wskazaniom doszczętniejszych zabiegów. Z drugiej strony zaprzeczyć się nie da, że doszczętne wyłuszczenie migdałków nie jest wolnem od niebezpieczeństwa. Przedewszystkiem fizyologiczne znaczenie migdałków, zagadnienie ich konieczności lub zbędności dla ustroju i t. p. dotychczas nie są jeszcze zupełnie wyjaśnione, a zatem zupełne usunięcie tego narządu nie może uchodzić za zabieg bez zarzutu. Oprócz tego trzeba mieć na względzie to, że wyłuszczenie migdałków jest także zabiegiem technicznie dość trudnym, wymagającym pewnej wprawy, dłuższego okresu zdrowienia, a nie zupełnie wolnym od niebezpiecznych i nawet groźnych następstw. Do takich niebezpieczeństw należy w pierwszym rzędzie krwawienie, które po wyłuszczeniu migdałków może niekiedy przybrać groźne rozmiary. Cały szereg wybitnych autorów podaje przypadki groźnych krwotoków po tej operacyi, niektóre nawet z zejściem śmiertelnem. Crockett w Bostonie widział w przeciągu $1\frac{1}{2}$ roku 12 przypadków śmierci z krwotoku po tej operacyi i podaje liczne przypadki ciężkich krwotoków, które można było zatamować tylko przez podwiązanie tętnicy szyjnej. Tem też tłumaczy się, że co do wzkazań do tej operacyi niema jeszcze zupełnej zgody między lekarzami i niejeden ostrzega jeszcze przed zbyt pochopnem jej wykonywaniem.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Czerny A. **Doświadczenia nad przebiegiem gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Arch. f. Kinderheilk. T. LX. i LXI. 1913). Przebieg gruźlicy dziecięcej okazuje się niezależnym ani od wzrostu ciężaru ciała, ani od obciążenia dziedzicznego; jedynie daje się zauważyć przebieg łagodniejszy u dzieci z małą pobudliwością nerwową. Zależy to

prawdopodobnie od łatwiejszego odżywiania takich osobników i od krążenia, stąd korzystny wpływ lecznic, który jednak tylko wtedy się ujawnia, o ile dzieci czują się w nich dobrze i przebywają bez towarzystwa rodziców. Sanatorya powinny mieć urządzenia do leczenia wolnem powietrzem i naświetlaniem słonecznem. Wszelkie urządzenia werand nie odpowiadają zasadzie, gdyż utrudniają ruch powietrza. Ważniejszym jest wpływ leczniczy wolnego powietrza, niż naświetlania słonecznego. Powietrze wolne wpływa na zwiększenie oddawania ciepła, stąd zmiany w regulacyi ciepła i rozmieszczeniu krwi, korzystny wpływ na łaknienie i stan podmiotowy. Powietrze w ruchu działa w tym kierunku skuteczniej, więc na lecznice powinno się wybierać miejscowości górskie lub nadmorskie. Przy gruźlicy otwartej płuc leczenie to jest jednak niewystarczającem; wówczas należy uciec się do zastosowania sztucznej odmy piersiowej. Ważną rolę w leczeniu gruźlicy odgrywa dyetetyka. Spostrzeżenia kliniczne pouczają, iż gruźlica rozwija się tem szybciej i łatwiej, im młodsze dzieci. Zależy to widocznie od wyższej zawartości wody w ustroju, odżywianym w tym czasie głównie mlekiem i węglowodanami, a odżywianie takie rzeczywiście usposabia do szybkich postępów gruźlicy, jak to doświadczalnie stwierdził na zwierzętach Weigert; żywienie głównie tłuszczami powstrzymuje gruźlicę w rozwoju. Stąd w leczeniu gruźlicy nie należy dopuszczać do szybkiego wzrostu wagi, gdyż każdy wybitniejszy przybytek ciężaru ciała pochodzi z nagromadzenia wody w ustroju: lepiej niechaj dziecku przez rok cały zupełnie nawet wagi nie przybędzie, lecz niechaj tkanki pozostaną jędrne. W leczeniu gruźlicy okazała się skuteczną dyeta, składająca się z 4 posiłków na dobę: 2 razy nieco mleka w kawie słodowej, 2 razy mięso z jarzynami, prócz tego tłuszcz w postaci tranu. Przy tej dyecie nigdy nie spostrzegał Cz. przypadku rozsiania się gruźlicy (jako gr. rozsianej prosówkowej lub zapalenia opon mózg.-rdzen.). Picie solanek jest przeciwwskazane. Ogniska gruźlicze zewnętrzne rozmiękłe należy wcześnie nakłuć, treść opróżnić i wstrzyknąć jakikolwiek przetwór jodowy; aby uniknąć przetok, należy nakłuwać przez części zdrowe, niezcieńczałe. Bujak.

Hochsinger C. **O szmerach bez znaczenia w okolicy sercowej u dzieci i u młodych osobników.** (Arch. f. Kinderheilk. T. LX. i LXI. 1913). Tylko szmery skurczowe mogą być bez znaczenia. Według miejsca powstania należy je podzielić na: 1) pozasercowe i 2) śródsercowe, czyli czynnościowe. Pierwsze powstają przez uderzanie serca w płuco, rozdęte wdechowo. Stąd nazwa: szmery sercowopłucne. Szmery te więc powstają tylko przy wdechu i przyspieszonej czynności serca, najwyraźniej słyszalne są po lewej stronie mostka; giną przy krzyku (wydech) i wstrzymaniu oddechu, także przy zmianie ułożenia chorego. Szmery śródsercowe występują najczęściej w chorobach gorączkowych, jako wczesne i późne. Wczesne szmery gorączkowe znajduje się zwykle u dzieci neuropatycznych, a powstanie ich jest niejasne. Późne natomiast zależą od rozszerzenia serca; w płonicy pojawiają się równocześnie z najniższym spadkiem wagi ciała (Lederer, Stolte) i dają się usunąć chwilowo przez podniesienie ciśnienia krwi ogólnego np. przez ucisk aorty brzusznej lub faradyzacyę; w tym okresie chorób gorączkowych tętno rzeczywiście bywa słabo napięte, a granice serca rozszerzone (głównie prawa), Prócz tych znane są szmery czynnościowe u dzieci bladych, nerwowych, występujące przy podniesionem parciu, a więc nie atoniczne. Wreszcie do tego samego rodzaju szmerów śródsercowych należy zaliczyć te, które wywołuje u dzieci krzywiczych ucisk zagiętych żeber na tętnicę płucną. Szmery czynnościowe występują zawsze obok tonu, są krótkie i ciche. Szmery wskutek rozszerzenia serca słyszy się najwyraźniej nad koniuszkiem, przypadkowe nad tętnicą płu-

cną. Szmery neuropatów potęgują się przy zmęczeniu lub wzruszeniu. Do 3. roku życia szmery są pochodzenia pozasercowego. Bujak.

Reyher P. **O zależności (stosunku) białkomoczu ortotycznego do gruźlicy.** (Monatschrift für Kinderheilk. 1913, T. XII, Nr 2). 20 dzieci z białkomoczem ortotycznym badał autor w kierunku gruźlicy i stwierdził u wszystkich zmiany gruczołów śródpiersia. Odczyn Pirqueta był dodatni w 100%, w 50% dało się wykazać obciążenie dziedziczne, w 25% były objawy zołzów. U wszystkich ciepłota okazała się podwyższoną, a obraz rentgenologiczny wskazywał na powiększenie gruczołów śródpiersia, względnie na zrosty opłucne. W obrazie rentgenologicznym wyraźny cień dają tylko gruczoły zwapniałe, lub zwyrodniałe serowato; przytem należy pamiętać, iż cienie naczyń i oskrzeli krzyżujących się, przedstawiają się jako okrągławe t. zw. »Deckschatten«. Jeśli cienie te przy ogniskowej długości 50 cm nie przekraczają w średnicy 3 mm, to niekoniecznie muszą pochodzić od gruczołów. Za obrzękiem gruczołów śródpiersia przemawia też krótszy odgłos opukowy w szczycie odpowiedniej strony. Bujak.

Doc. Panýrek. **O niedokrwistości w szkole.** (Časopis lékařův českých, 1913, Nr 15). Autor, zestawiwszy statystykę tej choroby ze szkół praskich, z której jasno wynika, że każdy lekarz szkolny rozpoznaje niedokrwistość na podstawie innej zasady, ujmuje wyniki swej pracy w następujące wnioski: 1) Niedokrwistość u dzieci szkolnych, a niedokrwistość szkolna nie są pojęciami identycznemi. 2) Niedokrwistemi nazywa się w szkole dzieci, dotknięte najróżniejszemi sprawami chorobowemi (gruźlica, blednica, limfatyzm, krzywica, pasorzyty przewodu pokarmowego, przewlekłe zatrucia, skaza krwotoczna, choroby nerek, wrzody żołądka, nieżyty jelit itd. itd.). 3) U dzieci »niedokrwistych« należy badać krew pod mikroskopem, ponieważ »niedokrwistość szkolna« jest pojęciem niejasnem, nad którego wyjaśnieniem pracować należy, jeśli nie mamy błądzić w niepewności. M.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

Gdyby w Wilnie światło nie zajaśniało,
możeby zgasło dla Polaków i ich mowy.
H. Kołłątaj.

Słowa przytoczone przez Szanownego tłumacza we wstępie do pamiętników, a powtórzone na czele niniejszego sprawozdania, nie są bynajmniej przesadą. Wypowiedziane przez wielkiego reformatora szkół naszych, najdobitniej charakteryzują tę chwilę krótką wprawdzie, ale jaśnjelącą dziwnym blaskiem w naszych dziejach porozbiorowych. Kiedy w obec smutnej rzeczywistości zwracamy się myślą do czasów rozkwitu szkoły litewskiej, wstępuje w nas otucha połączona z podziwem, ile energia i praca niewielu ludzi zdolną jest dokonać. Szkoła wileńska wniosła odrodzenie i wlała nowe siły w duszę narodu, wyszli z niej najbardziej zasłużeni mężowie na różnych polach pracy społecznej i długo jeszcze promienie tego światła przyświecały nam wśród zapadającego zmroku, a rzucone niegdyś nasiona nie zmurszały całkowicie i pomimo tak trudnych warunków, znowu dziś choć słabo, zaczynają w Wilnie kiełkować.

Za zasługę około organizacyi zreformowanego Uniwersytetu Wileńskiego i pracy na różnych polach kulturalnych na Litwie będą obok Czartoryskich, Czapskich, Śniadeckich wieczną czcią otoczone imiona Franków.

W drugiej połowie XVIII w. jezuicka Akademia Batorowska, wyczerpana religijnemi walkami i dysputami, nie dawała żadnych oznak życia, oświata była w upadku, wszystkich ogarnęła apatya, a Litwa i Ruś dzieliła losy całej Rzeczypospolitej. W tych to smutnych czasach porozbiorowych następuje otrzeźwienie i ludzie wybitniejsi zaczynają szukać ratunku, jeżeli nie w politycznem odrodzeniu to przynajmniej w podźwignięciu się kulturalnem. Możność ku temu nadarza się w r. 1803, w którym to roku cesarz Aleksander I. reformuje dawną Szkołę litewską na Uniwersytet w Wilnie, obdarzając go szeroką autonomią, i takimi przywilejami, jakichby mu pozazdrościło wiele uniwersytetów współczesnych. Swoboda ta przyczyniła się do nagłego rozkwitu nauk i życia społecznego, powstania wielu towarzystw, związków naukowych, społecznych, lub filantropijnych i bibliotek. Sprowadzeni z zagranicy liczni profesorowie kształcą młodzież. Dla słuchania ich lekcyi zjeżdżają słuchacze nietylko z sąsiednich dzielnic Polski, lecz i z zagranicy i Wilno staje się głośnem ogniskiem nauki, podtrzymującem stosunki z pierwszorzędnymi uczonymi Europy, z którymi się liczy rząd rosyjski. Wychodzą wkrótce ze szkoły wileńskiej nie tylko najwięksi geniusze narodu, lecz cały szereg wybitnych uczonych na różnych polach pracy społecznej, prawnicy, pedagodzy, wreszcie zastępy lekarzy, praktykujących w najdalszych zakątkach kraju, a których pamięć żyje dotąd w społeczeństwie.

Pierwszym rektorem po zorganizowaniu Uniwersytetu został ks. biskup Strojnowski, gorąco oddany sprawom nowej uczelni. Szkoła wileńska wydała wkrótce cały szereg miejscowych profesorów, którzy później zajęli chlubne stanowisko nie tylko w dziejach Wilna, lecz i narodu, jak Bielkiewicz, Niszkowski, Poliński, Mianowski, Homolicki, Adamowicz i inni. Z pierwszych profesorów najwybitniejszymi byli: Poczobut-Odlanicki, Jundziłł, Borowski Leon, Grodek, bracia Śniadeccy, Chodani, Gucewicz i wielu innych. Do najprzedniejszych należeli też dwaj lekarze wezwani do Wilna z Wiednia, Jan Piotr Frank i syn jego Józef.

Jan Piotr Frank cieszył się sławą europejską, jako uczony i klinicysta. Ur. w r. 1745 w Ratysbonie, ukończył medycynę w Hejdelbergu, w r. 1784 zajmuje katedrę medycyny praktycznej w Getyndze, następnie w Pawii, skąd wezwany do Wiednia zyskuje olbrzymią praktykę i stosunki w najwyższych sferach stolicy. W skutek intryg zniechęcony do Wiednia w r. 1804 przyjął proponowaną mu katedrę medycyny praktycznej w Wilnie i tu założył pierwszą klinikę. Po roku opuszcza Wilno na żądanie cesarza Aleksandra i przenosi się do Petersburga, gdzie został lejb-medykiem, członkiem Rady medycznej i profesorem Akademii medyko-chirurgicznej. Po latach z powodu niezdrowia opuszcza Petersburg i zamieszkuje najprzód w rodzinnych swych okolicach we Fryburgu, a następnie przenosi się do Wiednia i pozostaje tam do końca życia, ciesząc się ogromną popularnością jako wyborny klinicysta i uczony. Szczególny rozgłos zyskało jego dzieło »policya lekarska«. Umarł mając lat 76. w r. 1821.

Syn Jana, Józef Frank, autor pamiętników, razem z ojcem przyjechał do Wilna, jako profesor patologii. Urodzony w Rastadzie w r. 1771, należał na owe czasy do rzędu ludzi, bardzo wszechstronnie wykształconych. Oprócz znajomości języków, kształcił się w muzyce i malarstwie i odznaczał się zaletami towarzyskiemi. Medycynę studyował w Getyndze, a następnie w Pawii, gdzie otrzymał stopień doktora medycyny. Następnie kształcił się w Anglii, Francyi i Niemczech i zawiązał stosunki z pierwszymi ówczesnymi koryfeuszami wiedzy lekarskiej, Jennerem, Corvisarem i innymi. W r. 1796 ofiarowanej sobie w Pawii katedry terapeutycznej nie przyjmuje, natomiast zamieszkuje w Wiedniu jako lekarz szpitala miejskiego. Tu zwrócił na siebie uwagę jako wybitny lekarz i administrator i wówczas to napisał cały szereg prac, przetłumaczonych później na włoskie i angielskie. W r. 1798 żeni się z panną Krystyną Gerhardy, osobą bardzo inteligentną, a przytem słynną śpiewaczką, której najznakomitsi muzycy przepowiadali świetną artystyczną karyerę. W r. 1904 przybywa do Wilna, a po wyjeździe ojca do Petersburga obejmuje po nim katedrę medycyny praktycznej, którą zajmuje aż do swego wyjazdu, do r. 1823. Przyczyną opuszczenia Wilna miały być przykre stosunki, jakie nastały dla Uniwersytetu za czasów rektorstwa Pelikana. Frank zamieszkuje we Włoszech północnych nad jeziorem Como; tęskniąc za Wilnem i Litwą, umarł w r. 1842. Testamentem jakoby przekazał medal, wybity na cześć ojca i syna Franków Towarzystwu lekarskiemu Wileńskiemu, który odtąd przechowuje się jako godło wręczane prezesowi tego Towarzystwa.

Józef Frank od początku reformy Uniwersytetu przebył w Wilnie czas jego największego rozkwitu, oddawał się z zapałem pracy i położył główną zasługę, kształcąc pierwszych lekarzy wileńskich, których wielki brak dawał się uczuwać na Litwie, a ci co byli, małe posiadali wykształcenie. Działalność Franka przypadła na czas rektoratu Strojnowskiego i Jana Śnia-

deckiego, z którymi staczał walkę, zarzucał też nieuctwo i lenistwo wielu profesorom, a w sprawach uniwersytetu często się zwracał do kuratora. Stosunki jego z Jędrzejem Śniadeckim były bardziej chłodne. Frank był srogim względem innych, co prawda, nie lubił również kuratora ks. Czartoryskiego, o bardzo nie wielu miał sąd przychylny; szczególnie wyróżniał Ludwika hr. Platera, wizytatora szkół, a uwielbiał Tadeusza Czackiego. Frank napisał cały szereg prac naukowych i pod jego kierunkiem wyszły liczne prace jego uczniów. Wydał »Acta Instituti clinici cesareae Universitatis Vilnensis« i w r. 1812 napisał podręcznik »Praecepta praxeos medicae universae«. Szczegółowiej omówię działalność Franka, streszczając jego pamiętniki, tu wyliczam donioślejsze tylko fakty, jak założenie Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, przyczynienie się do powstania Konwiktu studentów-medyków, instytutu dla wakcynacyi, Towarzystwa dobroczynności, które istnieje dotąd, Towarzystwa macierzyństwa. Nosił się z myślą założenia pierwszego pisma lekarskiego w Rosyi, mającego wychodzić po łacinie, co nie doszło do skutku. Oprócz tego Frank dał początek pierwszym badaniom zdrowotności mieszkańców, chorób zakaźnych, wprowadził statystykę chorób itd. Był więc on inicyatorem prac na różnorodnych polach, których ogrom zadziwia, tembardziej, jako dzieło cudzoziemca, który musiał poznać społeczeństwo, jego braki i wcielić się w jego potrzeby. Dla tego słusznie Dr Zahorski nazywa tego niezwykłej energii człowieka największym filantropem na Litwie. Środki na te wszystkie filantropijne dzieła zdobywał Frank dzięki swej zręczności i umiejętności wciągania do swych przedsięwzięć ludzi zamożnych czy to drogą składek, lub urządzaniem koncertów i przedstawień operowych, organizatorem i duszą których był sam profesor, będąc wielkim znawcą muzyki i estetą. Dopomagała mu we wszystkiem żona, ulubienica Wilna, pani Krystyna, porywając swym cudownym głosem, jak i wyjątkową ofiarnością w pracy na rzecz ubogich. Wszystkie warstwy ludności Wilna, dzięki wrodzonej dobroci i ujmującemu obejściu Franka ubóstwiały go, co dało mu nadzwyczajną popularność. Pamięć o nim dotąd żyje w Wilnie i dom uniwersytecki, w którym zamieszkiwał przez lat wiele, po dziś dzień nosi nazwę domu Franka.

Przemieszkawszy w Wilnie lat 20 zżył się Frank z niem, dobrze mówił po polsku i przywiązał się do swej drugiej ojczyzny, jak Wilno nazywał. Pomimo tylu zalet podlegał Frank pewnym słabostkom ludzkim, miewał dużo przelotnych miłostek, lubiał honory i tytuły, miał wysoko rozwiniętą miłość własną i starał się wszędzie grać przodującą rolę, lekceważąc innych i wydając o nich nieraz sąd lekkomyślny, co dawało powód do wielu zajść. W sądach swych w sprawach narodowych jako cudzoziemiec nie rozumiał naszych aspiracyi, a zapatrując się na wszystko z punktu kosmopolitycznego stawiał na pierwszem miejscu interes realny. Takie przynajmniej wynosi czytelnik wrażenie z pamiętników jego. Nie można jednak nie zgodzić się z szanownym tłumaczem, że Frank był człowiekiem prawym i szlachetnym, a zasługi jego dla nauki polskiej i Wilna, są wielkie.

(C. d. n.). Talko-Hryncewicz.

Dr Ada z Zieleniewskich Trenknerowa.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 16 b. m. zmarła w Łodzi na gruźlicę płuc Dr Ada z Zieleniewskich Trenknerowa.

Urodzona w Mohylowie w r. 1880 tamże z medalem ukończyła gimnazyum w r. 1897. Na uniwersytet Zurychski wstąpiła w r. 1898 i studyując medycynę częściowo w Zurychu a częściowo w Krakowie, uzyskała stopień doktora medycyny na uniwersytecie zurychskim w r. 1904 po przedstawieniu rozprawy »Beiträge zur pathologischen Anatomie den Poliomyelitis anterior acuta infantum«. Dyplom państwowy rosyjski c. eximio laude otrzymała w r. 1907. W r. 1905 pracowała w Warszawie na oddziale Dra Jakowskiego, w latach 1906, 1907 i 1908 w szpitalu dziecięcym Anny Maryi w Łodzi.

Pomimo tak bardzo krótkiego życia i paroletniej zaledwie pracy fachowej Zmarła zyskała nieograniczony szacunek kolegów i serdeczną miłość otoczenia jako wybitny talent lekarski i niepospolicie piękna dusza. Jej pracę lekarską cechowała jasność, ścisłość i objektywność sądu opartego na subtelnej i spokojnej obserwacyi. Z doskonałym słuchem i dotykiem lekarskim łączyła pewną siebie logikę, która nie dała się zamącić, ani z góry przyjętą teoryą naukową, ani względem ambicyi osobistej. Przy potężnym młodzieńczym impecie życiowym posiadała niezwykłą harmonię duchową. Wrażliwa na piękno w sztuce, naturze i życiu, wszystko co robiła, robiła z zamiłowaniem, to też nie znosiła żadnej lichoty zarówno w swej pracy fachowej jak i w życiu prywatnem, dążąc nawet w szczegółach do doskonałości. Subtelna a silna dusza, wrodzona inteligencya i nabyte poważne wykształcenie łączyły się w niej w jedną całość, tworząc czysty i harmonijny obraz. Tego obrazu nie zdołała zamącić nawet ciężka choroba, której nieuleczalność uświadomiła także z całą trzeźwością sądu w 29. roku życia i którą znosiła z cichem bohaterstwem i zawsze jasną twarzą. Dr S. Sterling.

Wiadomości bieżące.

Sprostowanie. Prof. Dr Witold Orłowski z Kazania prosi nas o sprostowanie wiadomości, — powtórzonej za »Gazetą lekarską» —, w Nrze 36. »Przeglądu« na str. 496 w tym kierunku, że katedrę kliniczną w Kazaniu objął już w kwietniu 1912 i od tego czasu prowadzi klinikę.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. IX. do 20. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † — (1 † —), ospy wietrznej —, płonicy 3 † — (1 † —), odry 18 † 1 (— † —), duru brzusznego 1 † — (2 † —), czerwonki 6 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † — zap. opon mózg.-rdzen. 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. IX. do 15. IX. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 10 † 3, duru brzusznego 1 † —, róży —, czerwonki 3 † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr Alfred Kalisz z Tarnowa 18. b. m. w Nicei. Zmarły zapisał 10.000 K na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach.

Ant. Poncet, profesor chirurgii na uniw. lugduńskim, w 67 r. życia.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr Rosenbach: »Klinische, morphologische und experimentelle Untersuchungen über örtliche, durch örtliche Injektion bewirkte Tuberkulinreaction bei Hauttuberkulose«. (Odbitka z »Zeitschr. f. Hygiene- und Infectionskrankheiten«. 1913, tom 74). — Dr Karol Lesser i Dr Hans Kögel: »Ueber Tuberkulin Rosenbach. Experimentelle u. klinische Erfahrungen«. (Odbitka z »Beiträge z. Klinik der Tuberkulose«. 1913. Würzburg). — Belkowski: »L'hématurie au cours de la fièvre typhoide traitée par l'urotropine. (Odbitka z »Revue de Médecine«. 1913, Nr 8—10). Dr Wacław Jasiński: Szpital dla dzieci w Lublinie. (Pierwsze sprawozdanie z r. 1911). — Tenże: Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala dla dzieci w Lublinie za rok 1912. — Dr Kazimierz Dłuski: IX. Sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem 1913.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1913.

Gazeta lek. Nr 35—38.: Urstein: O znaczeniu odczynu Abderhaldena dla psychiatryi i o stosunku korelacyjnym narządów płciowych do innych gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. (35—37). — Nowicki: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby, wywołanych przez glistę ludzką. (35). — Jaworski: Z kazuistyki uszkodzeń jednocześnie pochwy i odbytnicy. (36). — Żółtowski: Epidemia włośnicy (trichinosis) w Kutnowskiem (37—38). — Saski: Wyniki badania bakteryologicznego w 50 przypadkach duru brzusznego. (38).

Medycyna i Kronika lek. Nr 35—38.: Neugebauer: Z kazuistyki niezwykłej płodności kobiety. (35). — Zamenhof: Z kliniki chorób błędnika. (35. dok.). — Falgowski: Przyczynek do leczenia operacyjnego zastarzałych nacieków miednicy małej oraz zapalenia tylnej tkanki przymacicznej. (36—37. dok.). — Giedgowd: O wągrze mózgu. (36). — Zylberlastówna: Przypadek rzekomego nowotworu mózgu. (37). — Landau: O cukromoczu adrenalinowym u człowieka. (28). — Hertz i Mamrot: Przypadek plazmocytomatu uogólnionego gruczołów chłonnych. (38).

Tygodnik lek. Nr 35—38.: Hornowski: Badania anatomopatologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy, oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus thymicus i thymico lymphaticus. (35—38). — Rydygier (jun.): Przyczynek do fizyologii ganglion stellatum. (35. dok.). — Leńko: Wyjęcie drogą naturalną ciała obcego z pęcherza. (36). — Siengalewicz: Samobójstwo w oświetleniu zmian anatomo-patologicznych. (37—38).

Nowiny lekarskie. Nr 9.: Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych. — Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej, do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi (c. d.). — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności (dok.). — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów (dok.). — Nowaczyński: Leczenie cukrzycy (dok.). — Piotrowski: Ciało i dusza (dok.).

Lekarz wileński Nr 7.: Rzętkowski: O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi (dok.). — Wystawu hygieniczna w Petersburgu — List z Londynu.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 5.: Rosenblatówna: O bakteryach gruźlicy we krwi osesków i dzieci starszych. — Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medin'a.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy i przewodnik turystyczny Nr 10.: Olecka: Zdrojowiska galicyjskie na wystawie w Kijowie.

Zdrowie Nr 9.: Peretz: Kredyt komunalny miejski. — Fidler: Stan szpitalnictwa, oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi radomskiej.

Nasze Zdroje. Nr 20—21. Bandrowski: O fundusze na wodociągi i kanalizacyę dla zdrojowisk i uzdrowisk. (20). — Początek zrobiony. (21). — Łobaczewski: Nasz pawilon na wystawie kijowskiej. (21). — Tarnawski: Łaźnia słoneczna. (21).

Głos lekarzy Nr 17—18: Mikołajski: Donoszenie o gruźlicy. — Warsztaty Jordanowskie. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — Sprawozdanie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Salpeter: Honorarya od chorych w klinikach. — Kongres lekarzy w Londynie.

Słowo lek. Nr. 17.: Glassner: Studenci jako robotnicy. — X. Y.: W sprawie rzeczywistych dat na rachunkach szczepienia. — M. S.: Jeszcze w sprawie dyet za szczepienie. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia za lata 1908 i 1909. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w r. 1911/12.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

